UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 15

PÉRIGASTRITES SUPPURÉES

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 2 décembre 1936

PAR

René-Charles-Claude DILASSER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à LAMBEZELLEC (Finistère), le 14 Mars 1909

Examinateurs de la Thèse	MM. GUYOT, professeur	*Président.*
	BÉGOUIN, professeur..............	*Juges.*
	PAPIN, professeur	
	MASSÉ, agrégé..................	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 15

PÉRIGASTRITES SUPPURÉES

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 2 décembre 1936

PAR

René-Charles-Claude DILASSER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à LAMBEZELLEC (Finistère), le 14 Mars 1909

Examinateurs de la Thèse	MM. GUYOT, professeur	*Président.*	
	BÉGOUIN, professeur............	*Juges.*	
	PAPIN, professeur		
	MASSÉ, agrégé..................		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N.
id.	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLÉE.
Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DARGET.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE.
Médecine opératoire	PAPIN.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique	VITTE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine légale	DERVILLÉE.
Urologie	DARGET.
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Ophtalmologie	MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME — A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SOEURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAVIER

Médecin en chef de la Marine.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
ET DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A Monsieur le Docteur J. VILLAR
Chirurgien des Hôpitaux,

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et fait le grand honneur de la présider.

PÉRIGASTRITES SUPPURÉES

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Les complications qui peuvent survenir durant l'évolution d'un cancer de l'estomac sont nombreuses; les unes sont très fréquentes, et leur apparition confirmera le diagnostic; d'autres, par contre, sont extrêmement rares, et ainsi le clinicien risque de ne pas voir leur véritable origine. Tel est le cas, parmi ces dernières, de la périgastrite suppurée.

L'évolution de cette périgastrite vers l'abcès, la perforation, la fistule, va donner à l'affection cancéreuse une allure clinique tout à fait particulière, créant ainsi des difficultés de diagnostic et de pronostic; de plus, il nous a paru intéressant de mettre en évidence l'opposition entre la fréquence du cancer de l'estomac, amenant un organisme à être un terrain de choix pour l'infection, et la rareté de cette complication infectieuse. En effet, la littérature médicale ne nous en offre qu'un petit nombre d'observations. En outre, la révolution thérapeutique inaugurée par Lister restreint de plus en plus le pouvoir et l'étendue de la suppuration; mais, comme le dit Hanot : « On se désapprend petit à petit à compter avec elle, et c'est peut-être une raison pour qu'elle

passe inaperçue. Il y a donc lieu, dans certains cas de néo de l'estomac, de rechercher quel genre d'infection secondaire doit être rendu responsable de la terminaison fatale. »

Nous diviserons cette étude des périgastrites suppurées dans le cancer de l'estomac de la façon suivante :

I. — *Historique.*

II. — *Pathogénie. Anatomie pathologique.*

III. — *Etude clinique. Symptomatologie.*

IV. — *Diagnostic.*

V. — *Traitement.*

VI. — *Les observations que nous avons pu recueillir.*

VII. — *Conclusions.*

HISTORIQUE

Si l'on consulte les anciens traités de pathologie, même ceux intéressant spécialement les maladies de l'estomac, on constate que leurs auteurs passent sous silence cette complication. Dans les traités plus récents, ceux qui en parlent font remarquer son extrême rareté; en outre, la plupart des auteurs n'ont étudié que les fistules gastro-cutanées dans leur ensemble.

Brinton, en 1856, réunit 6 cas de fistules gastro-cutanées, et, sur ce nombre, n'en trouve qu'un dû au cancer.

Murchison, en 1858, présente la première étude d'ensemble, et, sur 25 cas rapportés dans la littérature, en impute 5 au cancer.

Bernutz avait aussi, en 1850, cité un cas de phlegmon de la paroi abdominale antérieure, consécutif à une péritonite cancéreuse.

Féréol, en 1859, dans sa thèse, donne un cas de suppuration rétro-ombilicale chez un malade atteint de cancer de l'estomac.

Vallin, en 1869, reprend l'observation de Bernutz; Gauthier, en 1887, traitant toujours uniquement des fistules, en rapporte 8 cas dus au cancer de l'estomac. La même année, Feulard rassemble 14 observations et étudie spécialement les périgastrites suppurées.

Achard, en 1895, publie 2 observations de périgastrite suppurée antérieure; puis, en 1896, Bréchoteau, dans sa thèse sur « le phlegmon périombilical dans le cancer de l'estomac », donne 24 cas, dont 1 personnel.

De même, Toinon (thèse Lyon, 1906) rapporte sur cette

question une observation de Mislowitzer et une de Tournier.

Jaisson, en 1911, dans sa thèse (*De la perforation du cancer de l'estomac*), consacre un chapitre à la péritonite localisée et aux abcès.

Clivio-Mario étudie en 1917 les fistules gastro-cutanées au point de vue pronostic.

Enfin, en 1924, Decressac (thèse Paris) publie entre autres 1 observation personnelle et 3 inédites.

En résumé, nous avons pu constater que seulement 3 auteurs, Feulard, en 1887, Bréchoteau, en 1896, Decressac, en 1924, avaient spécialement étudié la périgastrite suppurée, complication du cancer de l'estomac.

PATHOGENIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux faits vont dominer cette étude :

1° l'ulcération du cancer;
2° l'infection.

I. — *Ulcération du cancer.*

L'ulcération du cancer est le point initial des lésions. La réaction inflammatoire qui se développe dans le voisinage va expliquer toutes les lésions qui se produisent. C'est l'infection paracancéreuse, qui va déterminer les phénomènes de suppuration.

Parmi les différentes catégories de cancer de l'estomac nous pouvons distinguer, en gros, les cancers mous et les cancers durs. Quels sont ceux qui paraissent déterminer le plus souvent l'apparition de la complication qui nous intéresse ?

Les cancers durs, genre squirrhe, ne semblent pas être très souvent en cause. En lisant le compte rendu des différentes observations, on constate que le cancer squirrheux n'est cité vraiment que 4 fois.

En général, les auteurs pensent que les cancers mous, type encéphaloïde, y sont plus favorables. En effet, ces cancers se nécrosent, s'ulcèrent beaucoup plus facilement que les autres. Ces formes exposent beaucoup plus au ramollissement de la paroi; et ainsi sont créées, comme le fait

remarquer Bréchoteau dans sa thèse, des conditions particulièrement favorables pour l'infection.

Un autre point très important et beaucoup plus discuté est l'origine de ces cancers. Nous touchons ici à la transformation de l'ulcère en cancer.

Dans le cas qui nous intéresse, il y aurait, pour Dieulafoy, d'abord un ulcère. C'était aussi l'opinion de Tournier (*Lyon médical*, 1897).

Toinon, dans sa thèse, soutenant le point de vue de l'Ecole lyonnaise, écrit que « les tùmeurs des muqueuses arrivent presque toujours à l'ulcération, au moins en un point, et souvent sur une portion assez étendue ».

Plus récemment (1924), Decressac estime qu'il faut donner toute son importance à l'ulcéro-cancer. Il reconnaît que cette origine est souvent bien malaisée à prouver, mais il fait observer la facilité avec laquelle l'ulcère simple de Cruveilhier s'accompagne de périgastrite et tend vers la perforation. Clivio Mario avait d'ailleurs écrit, en 1917 : « Quelles que soient les opinions soutenues au sujet de l'ulcéro-cancer, il semble précisément que cette variété de néoplasme soit celle qui se complique de fistule. » Or, nous verrons par la suite que l'établissement de cette fistule est la conséquence de la périgastrite suppurée.

Siège. — Si l'on consulte l'ensemble des observations, on voit que le point de départ de ces périgastrites est au pylore. Nous en trouvons l'explication dans la fréquence de la localisation pylorique du cancer au début.

II. — *L'infection.*

L'ulcération stomacale qui existe au niveau de la paroi de l'organe est une porte d'entrée naturelle pour tous les germes pathogènes.

Le milieu gastrique est loin d'être aseptique. On sait la richesse de la flore microbienne dans toute la longueur du

tube digestif. Nous savons que l'acide chlorhydrique donne au suc gastrique un certain pouvoir bactéricide. Or, dans le cancer de l'estomac, cet acide peut faire défaut, ou tout au moins être considérablement diminué. Le suc gastrique ne jouira donc plus de cette action nuisible sur les microbes.

Il faut compter aussi avec les germes introduits par les aliments, et surtout avec la septicité du milieu buccal. Les Américains nous ont montré toute l'importance qu'il faut y attacher. Il est certain que le milieu buccal, contenant des germes nombreux et divers, joue un grand rôle comme point de départ de l'infection digestive.

Nous devons ajouter une cause mécanique : chez les sujets atteints de cancer gastrique, la digestion se fait très mal. Nous avons vu que, pour l'affection qui nous intéresse, le siège du néoplasme est presque toujours pylorique; il y a ainsi stase prolongée des aliments, cause tout à fait favorable à la pullulation des germes.

L'infection par voie générale doit être aussi retenue. Les germes seront facilement attirés par ce point hyporésistant et sans cesse irrité, créé par le cancer. Ils s'y localiseront de préférence.

Formation de l'abcès.

Il faut distinguer, comme l'a bien montré Decressac, deux grands stades :

a) La périgastrite simple;

b) La périgastrite suppurée.

a) *La périgastrite simple.* — A côté des formations spécifiques constituant la propagation du cancer, on observe un travail de péritonite plastique, déterminée par la défense du péritoine chroniquement irrité.

La tumeur dégénérant et s'ulcérant, la réaction péritonéale devient très importante. La grande cavité péritonéale étant menacée, des plastrons, des adhérences, se constituent, formant des gâteaux parfois considérables.

Mais un travail de défense n'est pas le seul à se produire. Bériel et Gardère (*Lyon chirurgical*, 1913) nous ont montré un autre processus. L'inflammation répétée du péritoine périgastrique crée des altérations musculaires. Chaque poussée de périgastrite s'accompagne d'inflammation du muscle sous-jacent. Le processus inflammatoire est d'abord passager et se résout avec la péritonite. Il produit cependant un affaiblissement temporaire de la motricité. Mais, par leur répétition, les poussées inflammatoires donnent naissance à une péritonite plastique, l'inflammation du muscle se résout de plus en plus lentement, et peu à peu se constituent des altérations définitives des éléments contractiles.

Pour provoquer les altérations de la tunique musculaire susceptibles d'amener des troubles de la motricité stomacale, les périgastrites doivent être suffisamment répétées et occuper la région pylorique. Kussmaul et Meyer-Eswald ont signalé les troubles de contractilité qui peuvent résulter de l'action d'un ulcus ou d'un néo.

Ceci est intéressant. On peut remarquer dans les différentes observations que le pylore était souvent perméable. De plus, on devra en tenir compte dans le traitement. La gastro-entérostomie, la résection partielle de l'estomac, la libération d'adhérences, seront souvent insuffisantes pour assurer l'évacuation de l'estomac, le foyer d'infection qui est à l'origine de la périgastrite n'étant pas supprimé ou les altérations musculaires définitives.

b) *La périgastrite suppurée.* — Le travail concomitant à l'ulcération du néo a été assez lent pour créer des adhérences. La pullulation des germes provoque l'afflux des leucocytes. Un abcès se constitue, qui va tendre à s'agrandir. Il évoluera comme un abcès chaud péritonéal.

Un fait capital domine cette étude : la perforation de l'estomac n'est pas nécessaire pour la formation de l'abcès. Dans l'observation de Féréol, l'ouverture stomacale n'existe pas : on avait un abcès antérieur, consécutif au cancer et

ouvert à l'extérieur, mais sans communication avec la cavité gastrique; de même dans les observations de Coste, Duguet, Feulard. Dans 2 cas de Feulard, on trouve un foyer purulent sans communication ni avec l'estomac, ni avec l'extérieur.

Comme le fait remarquer Bréchoteau, ces abcès peuvent se développer par simple inflammation de voisinage. Dans la plupart des cas, où il se forme un foyer purulent périgastrique, avec fistule gastro-cutanée consécutive, l'abcès s'est formé primitivement : c'est secondairement qu'il s'ouvre, soit du côté de l'estomac, soit du côté de l'extérieur, soit des deux côtés à la fois.

Siège de l'abcès. — En général, la poche purulente siège entre les viscères et la paroi abdominale antérieure. Mais quelquefois, au lieu d'une péritonite circonscrite, elle se développe à l'intérieur de la paroi, formant un phlegmon pariétal.

Ouverture de l'abcès. — L'ouverture à la paroi abdominale est de beaucoup la plus fréquente. Le lieu d'élection se trouve au niveau de la cicatrice ombilicale ou dans son voisinage immédiat. On en a donné différentes explications. De toute façon, la fréquence des hernies ombilicales, l'issue de collections purulentes (péritonites pneumococciques, tuberculeuses), nous montrent bien qu'il s'agit d'un endroit de moindre résistance. Cette prédilection pour l'ombilic est telle que l'on peut voir, comme dans l'observation d'Auger, après une intervention chirurgicale, une ouverture se faire spontanément les jours suivants au niveau de la cicatrice ombilicale.

L'ouverture dans la cavité gastrique est, en général, secondaire à l'ouverture cutanée. On ne relève que 4 cas d'ouverture primitive dans l'estomac.

L'ouverture secondaire se produit dans un temps plus ou moins long, et, quand elle a lieu, la perforation de l'esto-

mac, par l'issue de liquides septiques, donne un coup de fouet à l'infection.

Il existe d'autres voies de migration : par exemple, vers le diaphragme, la plèvre, mais ces cas sont extrêmement rares.

Les fistules. — Ces ouvertures vont donner naissance à des fistules, que l'on peut classer ainsi, par ordre de fréquence :

1° Les fistules complètes gastro-cutanées : les plus fréquentes (15 cas sur 35);

2° Les fistules cutanées simples : 10 cas sur 35;

3° Les fistules stomacales : 4 cas seulement.

Les parois de la fistule, quelquefois régulières, sont le plus souvent tomenteuses. Le trajet contourne souvent le lobe gauche du foie; dans l'observation de Leflaive, il traverse directement le bord du foie. Du trajet principal peuvent partir des diverticulum se rendant dans diverses directions; dans le cas de Lambl, un cul-de-sac gagnait le périchondre voisin.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie va découler de deux ordres de faits : le cancer et la suppuration développée dans son voisinage. Les périgastrites antérieures suppurées sont les plus fréquentes et aussi les plus intéressantes au point de vue clinique, et par conséquent pratique. Elles revêtiront l'aspect des abcès développés au niveau de la paroi abdominale antérieure, et en particulier des abcès profonds.

Souvent ces abcès, consécutifs à un cancer de l'estomac, surviennent chez des sujets présentant des signes évidents de cancer gastrique; mais ils pourront aussi apparaître chez des individus présentant un néoplasme latent ou non diagnostiqué. Dans ce dernier cas, le diagnostic étiologique sera très difficile.

I. — Période de début.

Un des premiers symptômes est *la fièvre*. En général, elle est assez intense, et le malade a son attention attirée. Le plus souvent, elle est très irrégulière, « ne ressemblant à rien », et le médecin risque de ne pouvoir l'expliquer.

Mais le malade va accuser un autre signe : *la douleur*. Ce n'est plus la douleur sourde du néo : elle devient aiguë, lancinante. La palpation de la région épigastrique devient pénible et révèle un empâtement au niveau du point douloureux; en palpant profondément, on peut sentir un épaississement, une induration.

II. — Période d'état.

Les signes précédents se sont accentués. La fièvre s'est élevée et la douleur peut être intolérable.

La peau de la région épigastrique et ombilicale rougit, devient chaude, et montre un peu d'œdème. Dans les jours suivants, la tuméfaction s'accentue, la peau tend à bomber, à s'amincir; bientôt un ramollissement se produit et de la fluctuation apparaît. La percussion donnera de la matité, à moins que la poche purulente soit déjà en communication avec la cavité gastrique.

III. — Ouverture de l'abcès.

Un point devient plus violacé, et, si le chirurgien n'intervient pas, l'abcès s'ouvre à l'extérieur. Ce point est ombilical ou para-ombilical. La quantité de pus est variable. Ce pus est bien lié, verdâtre, sans odeur, ou bien grisâtre, mal lié et d'odeur fétide.

Les signes généraux s'apaisent et une ébauche de cicatrisation se produit.

Nous devons signaler aussi comme ouvertures, mais dans des cas infiniment rares, l'issue dans le poumon, se traduisant par une vomique, ou dans la plèvre, et l'on a alors tous les signes d'une pleurésie purulente.

IV. — La fistule.

Le plus souvent, elle ne s'oblitère pas. L'écoulement peut rester purulent, mais généralement, au bout d'un temps variable, il change de nature. Les liquides alimentaires apparaissent mêlés au pus; enfin, Dudon signale l'odeur aigrelette.

Cet écoulement de matières alimentaires a une très grande importance. Il indique la perforation de l'estomac et sa communication avec la fistule. Mais Duplay fait remarquer que certaines fistules donnant passage à des matières alimentaires peu après leur ingestion peuvent ne pas être direc-

tement en rapport avec l'estomac; de plus, il peut arriver que la perforation stomacale existe sans qu'il y ait écoulement de matières alimentaires; cela peut être dû, par exemple, au trajet compliqué de la fistule.

Quand les aliments passent par la fistule, les bords de l'orifice cutané sont irrités, s'ulcèrent, et l'ouverture peut atteindre ainsi de grandes dimensions.

Si la cicatrisation s'est faite trop rapidement, un nouvel abcès se reforme.

Complications.

Les complications ne sont pas particulières à la périgastrite suppurée. On pourra observer une septicémie, une pleurésie, une phlegmatia ou une péricardite, etc. Bref, toute la gamme des infections. L'existence de la périgastrite suppurée ne fait qu'augmenter la fréquence d'une autre complication infectieuse, qui hâtera encore l'évolution fatale.

Pronostic.

Il est extrêmement grave. L'affection conduit à une surinfection, et la perforation stomacale à une dénutrition rapide, non sans avoir donné un coup de fouet à l'infection. A partir de l'établissement de la fistule, la survie, d'après les observations, varie de quelques jours à cinq mois. En moyenne, elle est d'environ un mois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette complication exceptionnelle, d'une manière générale, n'est pas extrêmement difficile. En effet, quand les symptômes du cancer sont évidents, il est facile de rattacher cette suppuration à sa véritable cause; nous voyons ainsi que dans la plupart des observations le diagnostic de néoplasme gastrique avait été posé.

Nous ne parlerons pas de toutes les affections capables de donner un abcès de la paroi abdominale avec fistule consécutive. Nous nous attacherons simplement à mettre en évidence quelques cas où la difficulté du diagnostic est grande.

Il faut tout d'abord citer *les cancers précoces*. Bard et Mathieu ont bien étudié leur symptomatologie spéciale. Les douleurs y sont habituellement moins vives, les vomissements moins abondants, et les hématémèses exceptionnelles. Le teint jaune paille fait souvent défaut, et l'on trouve à sa place « une simple pâleur de la face avec décoloration des muqueuses, telle qu'on l'observe dans la chlorose et à la suite d'hémorragies répétées ».

Or, dans nos observations, nous trouvons une femme de 26 ans, un homme de 30 ans, et quatre autres individus relativement jeunes : deux de 35 ans et deux de 37 ans.

La péritonite tuberculeuse peut simuler de façon parfaite la complication qui nous intéresse. C'est ce qui se passait dans le cas cité par Feulard (obs. XVI). Il s'agissait d'une femme de 26 ans, très pâle, très anémique. Elle présentait un mauvais état général, de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée; l'examen avait révélé une tuméfaction péri-ombilicale. Devant ces signes, le diagnostic de péritonite tuberculeuse avait été posé.

Vallin, dès 1869, avait insisté sur ces inflammations péri-ombilicales dans la tuberculose du péritoine. Il concluait qu'en général la marche est plus insidieuse, les douleurs bien moins accentuées, la fièvre exceptionnelle; tandis que, dans la périgastrite suppurée, la marche de l'évolution est plus rapide, le malade en général plus âgé, et la fièvre la règle. De plus, un examen attentif de l'appareil pulmonaire est nécessaire; il faudra aussi tenir compte des antécédents.

Les autres abcès de la paroi, et les autres péritonites localisées, comme, par exemple, l'abcès typhique ou la péritonite localisée puerpérale, ont le plus souvent une étiologie suffisamment nette.

Le cancer du foie suppuré — vu sa rareté — ne peut être que cité. Derville, cependant, rapporte un cas de foie cancéreux suppuré ayant donné un phlegmon épigastrique avec fistule.

Enfin, on a signalé des phlegmons épigastriques relevant de causes exceptionnelles. Tel le cas cité par Lejars d'un vieillard qui, en se badigeonnant la gorge, avala un écouvillon; quinze jours plus tard se développait un phlegmon épigastrique.

Quant au diagnostic de la fistule, arrivé à cette période, il sera facile. Les fistules biliaires, les fistules suites d'abcès du foie ou de kyste hydatique, présenteront des écoulements assez particuliers pour ne pas être confondus. Pourtant, dans l'observation XXXII, nous devons signaler, à propos de kyste hydatique, le diagnostic de kyste hydatique suppuré du lobe gauche qui avait été posé.

En résumé, il n'y a vraiment que deux cas qui peuvent prêter à confusion : le cancer précoce et la péritonite tuberculeuse localisée au pourtour de l'ombilic, avec abcès et fistule ombilicale consécutive; chez un sujet jeune, présentant des symptômes peu nets de néoplasme gastrique, on s'exposera à une erreur de diagnostic, ainsi que chez un individu à cancer latent.

Cependant il nous paraît intéressant de signaler, avant

de terminer, *l'abcès sous-phrénique.* En effet, dans le cas d'abcès sous-phrénique non diagnostiqué, le tableau clinique rappelle celui de la périgastrite suppurée, avec le malade faisant de la fièvre, perdant ses forces de jour en jour, s'acheminant vers la cachexie et présentant une tumeur parfois énorme de la région épigastrique.

TRAITEMENT

Le meilleur traitement est le traitement prophylactique. Indépendamment des soins d'antisepsie buccale, alimentaire, la prophylaxie la plus efficace est l'extirpation du cancer de l'estomac. D'où nécessité d'un diagnostic précoce.

L'abcès constitué, il faut intervenir. Nous avons vu que la perforation de l'estomac était en général secondaire : on peut ainsi courir la chance de l'éviter; on évitera aussi la perforation de la peau, et l'on se trouvera dans de meilleures conditions pour empêcher les surinfections. L'évacuation du pus, un drainage convenable, feront tomber la fièvre, diminuer la douleur, et pourront améliorer l'état général.

Quand la fistule gastro-cutanée est constituée, l'alimentation est empêchée, la cachexie est rapide. On combattra la dénutrition par les lavements alimentaires, les sérums artificiels; mais la mort est fatale à brève échéance.

Doit-on intervenir ? On pourrait envisager, dans le cas de fistule gastro-cutanée, la jéjunostomie. Dans l'ensemble des observations, nous voyons qu'elle n'a été faite qu'une fois (obs. XXIX) : chez le malade de Patel; on avait obtenu une survie de cinq mois.

Quant au traitement curatif du néo, après drainage de l'abcès, peut-être pourrait-on faire ce que J. Charrier préconise dans les cas de cancer de côlon avec péricolite suppurée, où il traite d'abord l'abcès et pratique ensuite une colectomie secondaire. Dans certains cas particulièrement favorables, il serait intéressant d'agir de même pour le cancer gastrique. Mais, naturellement, ce sont des données théoriques que nous proposons, sans pouvoir les appuyer d'observations.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Somjer Dulac, *Lieutaud Anat. Med.*, 1767, vol. II, p. 327; cité *in* Feulard.)

Femme âgée, atteinte depuis longtemps de fièvre tierce, fut prise de vomissements, à la suite desquels apparut dans l'hypocondre gauche, sous les fausses côtes, une tumeur, qui devient chaude et fluctuante. *Ouverture spontanée* de l'abcès. Fistule. Ecoulement de pus, puis des boissons et des aliments.

Survie. — Pas précisée.

Autopsie. — Pylore squirrheux. Noyaux cancéreux près de la grande courbure. Adhérences, communication avec le trajet fistuleux.

Observation II.

(Petit, *Mém. Acad. des sciences*, 1716, p. 312; cité *in* Feulard.)

Femme de 35 ans. Est prise de fièvre avec douleurs stomacales, nausées, vomissements, dégoût et coliques, puis douleurs sourdes dans la région épigastrique. Une tumeur grosse comme le poing apparaît, peu mobile, mais non adhérente. Elle devint bientôt adhérente, pointa vers la peau. Fluctuation.

Ouverture par le chirurgien. — La plaie reste fistuleuse. Un pus d'odeur infecte s'écoule pendant onze jours, puis des matières alimentaires.

Survie. — Trois mois.

Autopsie. — Adhérences de l'estomac à l'épiploon et au côlon transverse par une grosse masse cancéreuse. Sur la grande cour-

bure, présence d'un ulcère très fétide, avec au centre une ouverture « de la grandeur d'un quart d'écu ». Une sonde, introduite dans cette ouverture, ressort par la fistule cutanée. Dans le côlon, on trouve deux champignons adhérents à l'estomac.

Observation III.

(Wencker, 1742, *Haller Disput. Chir.*, 1756, t. V, n° 125, p. 30; cité *in* Feulard.)

Femme de 37 ans. Douleurs stomacales et vomissements continuels depuis longtemps. Formation d'une tumeur à l'ombilic.

Ouverture spontanée. — Ecoulement de pus. Les aliments passaient. L'appétit a été conservé jusqu'à la fin.

Survie. — Trois semaines.

Autopsie. — Le pylore adhère au niveau de l'ombilic. L'estomac communique avec le trajet fistuleux. Odeur fétide.

Observation IV.

(Stokes, *The Lancet*, 1832; *Arch. de méd.*, 28e vol., p. 264; cité *in* Feulard.)

Femme de 49 ans. Auparavant en bonne santé. Le 28 janvier 1832, douleur à l'hypocondre gauche; dans l'estomac, sensation de brûlure.

Au bout de trois mois, tumeur à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. L'état s'aggrave. Vomissements bilieux.

Au dixième mois, la peau rougit *et ouverture spontanée* un peu au-dessus de l'ombilic. Ecoulement aqueux durant deux jours, puis contenant des aliments.

Survie. — Trois semaines.

Pas d'autopsie.

Observation V.

(Cameron, 1851; cité par Murchison dans son *Mémoire;* cité *in* Feulard.)

Femme de 50 ans. Tous les signes d'un cancer gastrique. Tumeur à gauche de l'épigastre.

Ouverture spontanée. — L'écoulement contient des aliments.

Survie. — Un mois.

Pas d'autopsie.

Observation VI.

(Balluff, 1854; cité *in* Feulard.)

Femme de 52 ans. Elle présente un cancer gastrique. Une tumeur épigastrique, de la grosseur d'un poing, pointe à l'ombilic.

Ouverture spontanée. — Ecoulement, d'abord d'une sorte de matière pulpeuse, puis de matières alimentaires. Gangrène de l'ouverture.

Survie. — Un mois.

Pas d'autopsie.

Observation VII.

(Féréol, Thèse de Paris, 1859.)

Femme de 52 ans. Bonne santé antérieure. Depuis sept mois, douleurs d'estomac, vomissements alimentaires, puis hématémèses. Cachexie.

Tumeur bosselée épigastrique. Inflammation.

Ouverture spontanée à l'ombilic. Ecoulement fétide mêlé de gaz.

Survie. — Trois jours.

Autopsie. — Cancer du pylore et du foie. Sur la paroi antérieure de l'estomac, il existe un foyer ramolli recouvert de détritus sanieux et de pus. Adhérences au côlon. Foyer purulent et estomac ne communiquent pas.

Observation VIII.

(Coote, 1860, *The Pathol. Soc. of London;*
cité *in* Feulard.)

Homme de 45 ans. Depuis quelques mois, troubles digestifs; depuis cinq semaines, tumeur douloureuse dans l'hypocondre gauche. Inflammation.

Ouverture chirurgicale. — Formation de plusieurs trajets fistuleux. Un pus inodore s'écoule.

Survie. — Six semaines.

Autopsie. — Trajets fistuleux à travers la paroi abdominale. Pylore adhérent et cancéreux. Les trajets ne communiquent pas avec l'estomac.

Observation IX.

(Rodet, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, t. II, p. 168, 1863-1864;
cité *in* Bréchoteau.)

Femme de 63 ans, entre le 9 mars 1863. Au cours l'année 1862, a présenté des douleurs épigastriques, des troubles digestifs : digestions difficiles, vomissements peu après l'ingestion.

Il y a huit mois, les phénomènes s'intensifient : douleurs plus nettes, plus violentes, vomissements plus fréquents. Une tumeur se forme au creux épigastrique.

Un médecin pose un emplâtre à la ciguë. Ouverture à l'ombilic; écoulement d'une grande quantité d'un liquide fétide. La tumeur diminue et la fistule se ferme.

Un deuxième emplâtre à la ciguë provoque un nouvel écoulement contenant des matières alimentaires. La fistule s'oblitère.

Survie. — Deux jours après fermeture de la fistule.

Autopsie. — Squirrhe de l'estomac. Adhérences avec les organes voisins et la paroi abdominale. La fistule conduit dans la cavité stomacale.

Observation X.

(Murchison, *The Pathol. Soc. of London*, 1869.)

Homme de 50 ans. Troubles gastriques depuis trois ans. Depuis dix semaines, douleurs dans la région ombilicale. Une tumeur grosse comme une noix de coco occupe l'épigastre; elle continue à augmenter de volume et devient fluctuante. Fièvre.

Ouverture chirurgicale. — Un mois après l'intervention, ouverture spontanée à l'ombilic : pus contenant des aliments et de la bile.

Survie. — Un mois.

Autopsie. — Cavité à parois anfractueuses. Elle communique avec l'estomac. Cancer pylorique.

Observation XI.

(Lambl, 1874, *Gaz. méd. de Paris*, p. 230.)

Homme de 40 ans, est soigné pour abcès du foie. Une tumeur épigastrique se crée. Inflammation. Ouverture à la pâte de Vienne : pus avec débris alimentaires. Fistule.

Survie. — Non précisée.

Autopsie. — Cancer de la petite courbure et du foie. Les deux organes adhèrent à la paroi abdominale.

Observation XII.

(Dudon, *Bordeaux médical*, 7 févr. 1875, t. IV, n° 6, p. 41.)

P... (Marie), 44 ans. Entre à l'Hôpital Saint-André, pour la première fois, le 13 décembre 1874.

Depuis le mois de février, elle éprouve des douleurs d'estomac lentes et sourdes. Elle ne vomit pas, n'a pas de fièvre. Pas d'appétit.

Son aspect extérieur dénote la plus grande détresse physiologique.

Examen. — On trouve dans l'hypocondre gauche une tumeur grosse comme un œuf; peau amincie et rouge au centre de la tumeur. Fluctuation. Ganglion dans l'aisselle gauche.

Le 15 décembre, une ponction ramène un pus crémeux inodore. Une fistule s'établit. Les jours suivants, l'inflammation augmente, pour rétrograder à partir du 20 décembre. La malade part le 23 décembre, sur sa demande.

Elle revient à l'hôpital le 2 janvier 1875. Son état s'est aggravé. Diarrhée. Puis apparition d'œdèmes aux membres inférieurs. Odeur repoussante de l'abcès.

Le 20 janvier, issue soudaine d'un liquide brun d'odeur aigrelette.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Ulcération de la grande courbure, qui adhère à la paroi abdominale. Fistule et estomac communiquent. Côlon transverse et grosse tubérosité adhèrent et communiquent largement.

Observation XIII.

(Teissier, *France médicale*, n° 73, 11 sept. 1875, p. 585.)

Femme de 50 ans. Entre à l'hôpital fin mars 1875. Aspect cachectique. Elle présente depuis trois ans des troubles digestifs : alternatives de diarrhée et de constipation. Il y a trois mois, elle se met à ressentir des douleurs sourdes dans le flanc gauche et découvre un empâtement autour de l'ombilic.

Examen. — On trouve, sur une zone de 12 centimètres de diamètre, une sensation de dureté. On pense à une dégénérescence ayant envahi l'épiploon.

Quelques jours après l'entrée, les douleurs deviennent plus vives. Une fistule s'établit à l'ombilic, laissant s'écouler un liquide humoral. Le stylet pénètre à 4-5 centimètres. Cachexie rapide.

Mort le 12 juin 1875.

Autopsie. — Partielle. Péritonite autour de l'ombilic, avec adhérences périphériques. Ce foyer communique avec une tumeur énorme de l'estomac. Cette tumeur ulcérée siège sur la grande courbure. Le petit doigt pénètre par les anfractuosités du néo dans la cavité stomacale. La muqueuse, relativement saine, peut expliquer l'absence de vomissements et d'hématémèses.

Observation XIV.

(Auger, *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1875, p. 708.)

Femme de 49 ans. Douleurs dans la région épigastrique et vomissements fréquents.

Examen. — Tumeur dans la région épigastrique. La fièvre s'installe, la tumeur grossit, la peau rougit. Fluctuation.

Ouverture chirurgicale. — Ecoulement d'un pus louable inodore. Un mois plus tard, la peau de l'ombilic s'ulcère, issue de liquides alimentaires.

Survie. — Trois mois.

Autopsie. — Squirrhe du pylore. Fistule ouverte à la paroi et dans l'estomac.

Observation XV.

(Monod, *Bull. Soc. anat. Paris*, 1877.)

Femme de 66 ans. Se présente avec une fistule ombilicale ouverte depuis peu. Elle dépérissait depuis six mois et n'avait plus d'appétit.

L'écoulement est un liquide séreux, roussâtre.

Survie. — Un mois après formation de la fistule.

Autopsie. — Estomac, foie et côlon transverse en masse compacte. Dans la région pylorique, large ulcération cancéreuse, par laquelle un stylet arrive dans la cavité gastrique.

Observation XVI.

(Feulard, *Arch. gén. de méd.*, août 1887.)

Femme de 26 ans. Depuis quelques mois, troubles gastriques, vomissements. Très anémique. Fièvre.

Examen. — Tuméfaction dure, lisse, allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, douloureuse à la palpation. Fièvre : 38 degrés.

Le mauvais état général, la fièvre, la diarrhée, la tuméfaction abdominale, font porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. L'examen des poumons est négatif.

Huit jours après, la peau rougit autour de l'ombilic, et, dix jours plus tard, l'inflammation s'étant accentuée, le pus fait issue par la cicatrice ombilicale; pus mal lié, sans odeur. Fistule.

La malade fait une bronchite; apparition d'œdèmes. Elle meurt sept semaines après la formation de la fistule.

Autopsie. — On trouve une masse baignant dans un liquide sanieux et adhérent à l'estomac et à la paroi abdominale. Cancer colloïde du pylore. Pas de perforation gastrique.

Observation XVII.

(Leflaive, *Bull. Soc. anat. Paris*, 1885.)

Homme de 62 ans. Depuis deux mois, amaigrissement, vomissements alimentaires, jamais d'hématémèses. Douleur au-dessous des fausses côtes, tuméfaction et rougeur.

Ponction, puis ouverture au thermocautère : écoulement de pus; au fond, on voit des noyaux cancéreux; pas d'issue d'aliments.

Autopsie. — Estomac épaissi, ulcéré dans sa partie pylorique par un cancer colloïde. Adhérences avec le foie et la paroi abdominale antérieure. Foie cancéreux. Le trajet fistuleux longe le bord du foie et s'ouvre dans l'estomac.

Observation XVIII.

(Fraentzel, *Charite Annalen*, 1887, p. 312.)

Homme de 57 ans. Signes de cancer gastrique.

Il se fit, à droite de l'appendice xyphoïde, une tumeur épigastrique, grosse comme une tête d'enfant, qui devint fluctuante.

La ponction et l'incision montrèrent un pus fétide.

Autopsie. — Cancer du pylore ulcéré; la poche purulente et l'estomac communiquaient par l'ulcération. Epanchement séro-hématique aux deux bases pulmonaires. Péricardite.

Observation XIX.

(Moulonguet et Jondeau, *Bull. Soc. anat. de Paris*, 27 avril 1888.)

Femme de 40 ans. Entre le 13 mars à l'hôpital. Bonne santé antérieure. Depuis deux mois, perte de l'appétit, des forces, amaigrissement; douleurs abdominales.

Depuis un mois, elle est alitée; vomissements alimentaires marc de café. Pas de melæna.

Examen. — Tumeur épigastrique, large comme la main, douloureuse, irrégulière, fixée à la paroi. On pose le diagnostic de cancer de l'estomac.

Le 23 mars, la tumeur adhère à la paroi.

Le 10 avril, à l'ombilic. La peau est rouge et tendue.

Le 20 avril, phlyctène saillante, bombée.

Le 25, mort.

Autopsie. — Paroi abdominale infiltrée. On trouve une masse noirâtre, putréfiée, qui a envahi la face antérieure de l'estomac. Le pylore est libre. Examen histologique impossible.

Observation XX.

(Dieulafoy, *Semaine médicale*, 4 janv. 1888.)

L'an dernier, entrait dans mon service un homme de 50 ans. Nullement cachectique, présentant au pourtour de l'ombilic une

tuméfaction rosée. Au bout de quarante-huit heures, la rougeur était devenue intense, la tuméfaction avait doublé de volume, la fluctuation était manifeste. L'ouverture chirurgicale donna issue à du pus phlegmonneux franc, sans mauvaise odeur. Mais la cicatrisation ne se fit pas, un trajet fistuleux s'établit, et parallèlement l'état général commença à devenir mauvais : des troubles dyspeptiques, des hématémèses, apparurent. Le malade prit une teinte cachectique. Bref, il mourut quelques mois plus tard d'un cancer stomacal.

Autopsie. — On trouva la paroi abdominale antérieure adhérente à la face antérieure de l'estomac, et, sous l'influence de cette irritation, s'était développé un phlegmon péri-ombilical.

Observation XXI.

(Mislowitzer, Thèse Berlin, 1889.)

Femme de 37 ans. Présente, en mai 1887, des douleurs dans le côté gauche, durant deux à quatre heures, et survenant après chaque repas.

Fin octobre, une tumeur apparaît sur la ligne médiane de l'abdomen, à un travers de doigt de l'arc formé par les côtes. La pression et les mouvements provoquent une violente douleur. Les vomissements, sans hématémèse, apparaissent; les douleurs sont continues.

Fin janvier : Etat cachectique. On sent nettement la tumeur au-dessus de l'ombilic, dans la profondeur. On fait le diagnostic de cancer. Œdème malléolaire.

Le 4 février, sous l'appendice xyphoïde, on trouve une petite tumeur très douloureuse. Elle augmente, devient fluctuante. La peau est tendue et luisante. Elle se perfore à la partie inférieure de la tumeur fluctuante, et on recueille 50 cm^3 de pus crémeux, sans matières alimentaires ni cellules cancéreuses. Fistulisation.

L'état s'aggrave : œdème des jambes.

La mort survient en avril.

Autopsie. — Cancer ulcéré du pylore. Péritonite partielle adhésive. Côlon, pylore et foie adhèrent.

Observation XXII.

(Hanot, *Archives de médecine*, 1892.)

Homme de 45 ans, amaigri et très pâle.

Antécédents alcooliques. Il présente, depuis deux mois, des vomissements. Pas de melæna.

Examen. — Tumeur épigastrique douloureuse, mal limitée. Fièvre jusqu'à la mort. Un ganglion sus-claviculaire.

Autopsie. — Cancer du pylore et adhérences.

Observation XXIII.

(Macé, *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1894.)

Homme de 57 ans. Entre le 2 mai 1894.

Depuis cinq ans, douleurs d'estomac, dégoût de la viande, amaigrissement progressif et perte des forces.

Examen. — Au-dessus et à gauche de l'ombilic, tumeur douloureuse à la pression. On pose le diagnostic de cancer de l'estomac. Une collection purulente se forme, qui ne tarde pas à s'ouvrir. Le pus s'écoule au niveau de l'ombilic. La fistule se ferme, puis se rouvre. Jamais d'aliments dans le pus.

Vomissements, cachexie. Mort le 13 mai.

Autopsie. — Grosse poche en bissac, communiquant avec la peau et l'estomac cancéreux. Trajets fistuleux dans le foie.

Observation XXIV.

(Achard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juill. 1895.)

Homme de 35 ans. Entre dans le service le 10 juin 1891. Il se plaint de troubles digestifs, de douleurs d'estomac et de perte des forces.

Examen. — Tumeur épigastrique à droite de la ligne médiane et jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est indolente et mate à la percussion.

Vomissements sans hématémèse. Cachexie rapide. Au début d'août, abcès au-dessous de l'ombilic. On incise, et il s'écoule un pus fétide.

Mort le 8 août.

Autopsie. — Péritonite. La masse cancéreuse adhère au foie, et son point de départ est pylorique.

Observation XXV.

(Thoinot et Brouardel, *in* thèse Bréchoteau, Paris, 1896.)

Homme de 69 ans. Entre à l'hôpital le 31 octobre 1895.

Il y a quatre mois, douleurs d'estomac très vives après les repas. Diminution de l'appétit.

Depuis trois mois, nombreux vomissements et amaigrissement.

A l'entrée, aspect cachectique et teint jaune paille.

Examen. — Tumeur épigastrique, douloureuse, très dure, saillie appréciable à la vue.

Les vomissements réapparaissent, diarrhée, et la tumeur augmente rapidement. Le 15 novembre, la tumeur est fluctuante; l'inflammation s'accentue, et la peau lisse, violacée, est sur le point de se perforer, quand la mort survient, le 18 novembre.

Autopsie. — Du premier coup de bistouri, on arrive sur l'abcès. Pus verdâtre, bien lié. La poche purulente vidée, on voit au fond deux orifices, l'un de la dimension d'une pièce de 1 franc, l'autre à côté, plus petit.

L'estomac adhère intimement à la paroi abdominale, au diaphragme, au foie. Néo énorme sur la petite courbure. Sur la face supérieure du foie, noyau cancéreux.

Observation XXVI.

(Vilcocq et Lancry, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, févr. 1896.)

Femme âgée de 70 ans. Entre à l'hôpital le 9 septembre 1895, car, depuis six mois, elle souffre du côté gauche.

Au début de septembre, douleur vive au creux épigastrique, vomissements porracés continuels et fièvre.

Examen. — On trouve au point douloureux une énorme induration. On pose le diagnostic de néo avec poussée de péritonite localisée.

Le 10 septembre, frissons, la température passe de 37°9 à 39°5.

Le 11, la peau de la région épigastrique rougit et se ramollit en un point. Les jours suivants, elle finit par se perforer. Un pus abondant s'écoule, contenant des liquides d'odeur fécaloïde.

Une détente se produit, puis aggravation et mort le 21 septembre.

Autopsie. — Vaste cavité anfractueuse, contenant du pus, des gaz et des liquides venus de l'estomac par une perforation située à égale distance de la petite et de la grande courbure, du pylore et du cardia. Cancer encéphaloïde.

Observation XXVII.

(Tournier, *Lyon médical*, janv. 1897.)

Femme de 41 ans. Entre dans le service le 4 juillet 1896. Trois mois auparavant, douleurs d'estomac, après les repas, avec maximum la nuit. Ces douleurs ont duré deux mois. Inappétence. Amaigrissement.

Examen. — On trouve dans l'hypocondre gauche une masse inégale descendant vers l'ombilic.

Diagnostic porté : ulcère avec périgastrite.

Le 25 juillet, la tumeur fait saillie à l'ombilic. Signes de suppuration. On n'intervient pas. Mort le 6 août.

Autopsie. — L'estomac, adhérent au foie, à la paroi et au côlon transverse, présente une vaste ulcération cancéreuse. Dans le foie, deux noyaux de généralisation.

Observation XXVIII.

(Tuffier et Dujarrier, *Bull. Soc. anat.*, 14 janv. 1898.)

Femme de 50 ans, qui a été traitée, il y a deux ans, pour une affection gastrique.

Depuis un an, l'appétit disparaît. Douleur épigastrique sans horaire fixe. Pas de vomissements ni de diarrhée.

La malade s'amaigrit, le teint devient jaune paille, et l'on fait le diagnostic de cancer gastrique.

Examen. — Dans la partie inférieure de l'épigastre, tumeur grosse comme un poing, arrondie, lisse. La peau est rouge et chaude; fluctuation. Fièvre.

On diagnostique une périgastrite suppurée.

Opération (le 23 déc. 1897). — On tombe dans une cavité contenant un pus verdâtre et fétide, des gaz; pas de matières alimentaires. La paroi postérieure de la poche paraît formée par une tumeur dure.

Suites bonnes. La température tombe.

A l'occasion d'un pansement, accès de toux, qui provoque l'issue de pus avec caillots de lait. La malade s'affaiblit. Phlegmatia.

Mort le 1er janvier 1898.

Autopsie. — L'estomac adhère à la paroi abdominale; deux perforations. Volumineuse tumeur. L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer.

Observation XXIX.

(Patel, *Lyon médical*, 1908.)

Homme de 30 ans. Entre à l'hôpital le 8 avril 1907. Il souffre de l'estomac depuis l'âge de 25 ans; douleurs survenant régulièrement quelques heures après les repas, vomissements; pas d'hématémèse.

Le 1er avril, il a ressenti une douleur brusque à la partie supérieure de l'abdomen, du côté gauche, puis il a eu un vomissement noirâtre.

Examen. — Très amaigri. Douleur abdominale diffuse. Température : 38°3.

Le 12, saillie rénitente dans la région épigastrique. Signes de suppuration.

Opération (le 13 avril). — Dès l'ouverture, issue d'un pus crémeux, très fétide. Après agrandissement, on se trouve dans une cavité close de toutes parts. Amélioration. Chute de la température.

Le 18, au cours du pansement, on trouve des matières alimentaires. Tamponnement.

Le 20, jéjunostomie latérale.

Le 30, cure de la jéjunostomie. Guérison. Mais, cinq mois plus tard, mort.

Pas d'autopsie.

Observation XXX.

(Dutard, *in* thèse Decressac, Paris, 1924.)

Femme de 62 ans. Souffre depuis 1920 de troubles gastriques intestinaux. Diarrhée. Gros amaigrissement. Le diagnostic de néo intestinal a été envisagé.

A partir d'août 1920, quelques vagues douleurs gastriques sans horaire.

En janvier 1921, les douleurs augmentent, une petite tuméfaction épigastrique apparaît, ainsi que la fièvre.

Le 20 janvier, la tumeur a le volume d'un poing. Fluctuation nette. Diagnostic de périgastrite. Une ponction ramène un pus fétide, noirâtre. L'abcès vidé, la palpation révèle, au niveau de l'antre pylorique, une masse dure.

Cachexie. L'abcès se reforme. On l'évacue encore, mais alors formation d'une fistule.

Mort le 27 février. Pas d'autopsie.

Observation XXXI.

(Vannier, *in* thèse Decressac, Paris, 1924.)

Femme de 70 ans. Entre à l'hôpital en 1921 pour douleurs épigastriques, amaigrissement, inappétence. Dégoût des graisses. Fièvre.

Examen. — Tumeur épigastrique peu marquée, douloureuse, mate.

Cette femme a été, il y a vingt ans, opérée d'un kyste hydatique du foie.

Rien à la radio. Pas de vomissements ni d'hématémèse.

Dans les jours suivants, la fièvre monte. Fluctuation nette. On pense, vu les antécédents, à un kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie.

Opération. — On trouve un phlegmon en bouton de chemise, avec un clapier profond. On draine largement. Chute de la fièvre; mais les jours suivants la température remonte, et la malade meurt.

Autopsie. — Cancer de la face antérieure de l'estomac avec périgastrite suppurée. L'estomac et la poche ne communiquent pas.

Observation XXXII.

(Querneau, *in* thèse Decressac, Paris, 1924.)

Femme de 50 ans. Entre, le 18 avril 1924, dans un état cachectique, et se plaint de douleurs au flanc gauche.

Examen. — Dans l'hypocondre gauche, on trouve une tuméfaction nette douloureuse, fluctuante. La pression prolongée fait disparaître la tuméfaction avec un bruit de gargouillement. La température est à 38 degrés. La malade meurt le lendemain de son entrée.

Autopsie. — Estomac cartonné, adhère sur 7 centimètres à la paroi. Sur la petite courbure, masse néoplasique, sanieuse, perforée d'un orifice admettant le petit doigt. La poche pariétale forme un véritable diverticule pathologique de l'estomac. Rien au foie.

Observation XXXIII (résumée).

(Decressac, thèse Paris, 1924.)

Femme de 57 ans. Entre à l'hôpital le 8 novembre 1923. Pas de passé gastrique. Il y a un an, au réveil, vomissement bilieux et

aqueux. A partir de ce jour, douleurs, vomissements de temps à autre, perte de l'appétit et des forces.

Examen. — Dans la région épigastrique, masse dure, mal délimitable, douloureuse, mate. Un tubage révèle de l'anachlorhydrie, et la radio un isthme prépylorique lacunaire fixe, avec mobilité nulle.

On pose le diagnostic de néo de la région pylorique.

Mais la température attire l'attention : elle dépasse chaque soir 38 degrés. Tous les autres appareils sont normaux.

Évolution. — La malade se trouvant mieux, quitte l'hôpital le 24 novembre. Elle rentre le 29 janvier 1924, car « une grosseur » lui est venue.

Examen. — Région ombilicale et épigastrique soulevée, peau rouge, tendue, avec juste au-dessus de l'ombilic une surface plus violacée. La palpation révèle de la fluctuation, sauf sur le pourtour, où la masse est mate. Fièvre à 39°3.

Le 31 janvier, à l'occasion d'un changement de service, l'abcès s'ouvre spontanément. Un pus jaunâtre et fétide s'écoule.

Le 1er février, on agrandit chirurgicalement l'ouverture de l'abcès. Plusieurs drains sont mis en place. La température tombe à 36°4. L'examen du pus a montré surtout des staphylocoques.

Le 8 février, les phénomènes inflammatoires disparaissent, la fistule tend à se cicatriser. La malade s'alimente un peu.

Le 15 mars, la malade se plaint de sa jambe gauche, et, le 19 mars, apparaît une phlegmatia. L'anémie s'accentue.

Le 1er avril, angine rouge; le 5 avril, apparition d'une adénopathie dans l'aisselle droite. Cette adénopathie augmente, et, le 25 avril, elle est fluctuante au centre.

La malade meurt le 9 mai 1924.

Autopsie. — Une masse fibreuse et épaisse de périgastrite, au milieu de laquelle les trajets fistuleux sont presque comblés, fait corps avec la paroi antérieure de l'antre pylorique. Squirrhe du pylore, mais celui-ci est perméable. Deux noyaux cancéreux dans le foie, rappelant la tumeur primitive. Noyaux métastatiques suppurés dans le médiastin et l'aisselle droite.

Observation XXXIV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

M... (Jeanne), 38 ans, blanchisseuse. Entre à l'hôpital le 10 février 1925 parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 62 ans. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Mariée. Mari gazé pendant la guerre. Atteint au poumon. Pas d'hémoptysie, mais des crises de toux et bronchites fréquentes avec élévation thermique. Bien portante par ailleurs.

Deux enfants bien portants.

Antécédents personnels. — La malade, née à terme et nourrie au sein, n'a jamais été malade.

Cependant aurait toujours eu depuis ses premières règles, vers 15 ans, des époques douloureuses, peu abondantes mais très régulières (trois ou quatre jours).

Histoire de la maladie. — Vers le milieu de l'été (mai-juin 1924) dernier, la malade a présenté des vomissements n'ayant point le caractère alimentaire, « *la malade rend des eaux* » survenant à n'importe quel moment, parfois la nuit, le matin surtout, avec effort, mais non douloureux, se reproduisant dans la journée, surtout après le travail, absolument clairs — ni sang, ni glaires, ni débris alimentaires — sans odeur, ni sans goût, très irréguliers (la malade reste trois ou quatre jours sans vomir).

D'ici à ce moment-là, la malade présente un amaigrissement marqué, avec affaiblissesment progressif des forces, mais conservation de l'appétit.

Pas de diarrhée; pas de constipation. Sommeil facile.

Va consulter le Docteur Castets, qui ordonne des cachets n'amenant aucune amélioration.

Les choses ont ainsi duré jusqu'en janvier 1925, au début.

A ce moment, la malade présente une douleur très marquée (sensation dans tout l'abdomen avec prédominance dans la région

splénique, sans irradiations précises). Diarrhée n'ayant pas persisté (un jour). Pas de vomissements ce jour-là

Le Docteur Castets conseille à la malade de voir un spécialiste. Mais la malade retarde sa visite et ne revient que le 5 février, au soir, pour une nouvelle crise (vomissements et faiblesse). Le lendemain, on constate une tuméfaction de la région para-ombilicale avec ventre douloureux, et l'on décide d'envoyer la malade à un spécialiste.

Le 5, la malade se sentant très fatiguée, se couche toute la journée. Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Pas de douleurs abdominales.

Mais la malade se sent très lasse et a des vertiges d'estomac.

Le 6 février, le Docteur Olivier examine la malade et ne trouve rien. Il ordonne des laxatifs (ferments lactiques). Mais dans la nuit l'abdomen devient très douloureux. Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Pas de fièvre. Le 7, le Docteur Olivier examine à nouveau la malade et trouve une tuméfaction gauche.

Le Docteur Augustin est consulté le 8. Les douleurs abdominales s'étaient localisées au côté gauche, où il trouve une tumeur.

Le Professeur Guyot, consulté le 10 février, envoie la malade à l'hôpital.

Etat général. — Malade amaigrie et anémiée. Léger état fébrile (37°2).

Rien à signaler par ailleurs.

Examen de la malade. — A l'*inspection* du ventre, on remarque au niveau de la région sus-ombilicale une tumeur nettement médiane, soulevant la peau et la paroi abdominale et déplissant la partie supérieure de la cicatrice ombilicale.

L'examen à jour frisant montre que cette tumeur n'est pas animée de battement. Les mouvements respiratoires ne déterminent aucune modification ni du siège, ni du volume de la tumeur.

La peau est un peu rouge, luisante, donnant l'impression d'un processus inflammatoire sous-jacent.

A la *palpation*, les doigts délimitent une tumeur de consistance dure, rénitente, régulière, sans bosselures, lissé et douloureuse.

Cette tumeur s'enfonce à droite et à gauche dans la profondeur. Elle est nettement séparée du foie, et ne semble pas influencée par la position de la malade. En saisissant la tumeur d'une main et en faisant asseoir la malade, elle ne suit pas les mouvements de la paroi.

Plus étagée dans le sens latéral (11 cm. environ) que dans le sens vertical (7 cm.). On sent les battements de l'aorte abdominale transmis à travers la masse de la tumeur.

A la *percussion*, sonorité un peu difficile, sillon de sonorité la séparant du foie.

En somme, tumeur sus-ombilicale médiane, douloureuse à la percussion, semblant dépendre des plans profonds, indépendante du foie et de la rate (celle-ci non percutable).

Signes fonctionnels. — En dehors des vomissements, qui ont d'ailleurs disparu depuis l'entrée à l'hôpital, la malade n'accuse aucun trouble digestif.

Conservation de l'appétit. Selles nombreuses.

Examens de laboratoire :

Urines : rien à signaler;
Sang : urée, 0 g. 52.

Examen bactériologique du pus. — L'examen direct montre des polynucléaires, en dégénérescence purulente, des hématies assez nombreuses. On ne voit pas de cellules épithéliales ni glandulaires caractéristiques.

Examen d'un Gram. — La flore microbienne, très riche, consiste surtout en cocci prenant le Gram, souvent allongés, lancéolés, isolés ou groupés par deux, qui rappellent par leur morphologie l'entérocoque. On ne voit pas de bacilles faisant penser à des microbes anaérobies.

Opération (le 14 février 1925). — Incision tranversale. Ouverture d'une collection remplie de gaz et de pus. Attouchement à l'éther. On laisse la poche ouverte, et l'on sent dans la profondeur une grosse tumeur.

Le pus est gardé et sera examiné au laboratoire.

Opérateur : M. le Professeur Guyot.

Aide : M. le Docteur Princeteau, chef de clinique.

Anesthésiste : M. Lasmoles (Schleich).

Suites opératoires. — Normales.

Le 16 février 1925, on change la mèche.

Le 18 février 1925, pansement. Bon état général.

Le 27 février, pansement. La plaie opératoire a tendance à se fermer. Bon état général.

Le 14 mars 1925, sortie guérie. Quelques pansements restent à faire. La malade, habitant tout près, reviendra à l'hôpital les faire faire.

La malade meurt au début d'août 1925.

Observation XXXV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

D... (Bernard), 53 ans, journalier. Entre à l'hôpital le 2 avril 1935, sur les conseils de son docteur, le Docteur Rabat, parce qu'il souffre de l'estomac et qu'il présente une tuméfaction de la région épigastrique.

Depuis septembre dernier, il a constaté que son appétit diminuait, sans dégoût électif. Les forces ont baissé, et il a maigri de 8 à 10 kilos. Il n'a jamais présenté de vomissements ni de nausées. Il n'a pas souffert d'une façon excessive, il a seulement présenté quelques pesanteurs du creux épigastrique. Jamais d'hématémèses, ni de melæna.

Il y a quatre ou cinq jours, il a constaté une tuméfaction dans sa région épigastrique. Cette grosseur douloureuse a augmenté progressivement de volume et ne s'est accompagnée d'aucune température. Le Docteur Rabat la ponctionne, en retire du pus, et conseille alors au malade d'entrer à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Il ne se rappelle pas avoir eu de maladie de l'enfance.

Il n'a pas fait son service pour insuffisance visuelle. Il n'y voit presque pas de l'œil droit. Il a été versé dans l'auxiliaire. Iridectomie, en 1925, par le Docteur Lagrange.

Jamais de maladie.

Marié. Sa femme est en bonne santé; deux enfants vivants, bien portants.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie du poumon; mère morte dans un accident.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort tuberculeux, un frère mort éthylique; une sœur morte, il ne peut spécifier de quoi.

Examen. — Malade pâle, amaigri, paraissant fatigué. Son teint est jaune paille, sa peau sèche, flasque. Le thorax est maigre, et. dans la région épigastrique, on voit une tumeur épigastrique de la grosseur du poing, un peu rouge et un peu chaude, reposant sur une base, sur un plastron induré.

Les limites de cette tuméfaction sont assez précises. La partie médiane de la tumeur est fluctuante.

Percussion : Matité qui se continue à droite avec la matité hépatique. L'espace de Traube est normal.

La *palpation* et la *percussion* du ventre ne révèlent rien d'anormal. Foie normal.

T. R. négatif.

Rien du côté de la colonne vertébrale; rien du côté des réflexes.

Appareil pulmonaire. — Rien à signaler.

Appareil génito-urinaire. — Rien à signaler.

Examens de laboratoire :

Urines :

Albumine, traces;
Glucose, néant;
Acétone, néant;
Quelques leucocytes et quelques urates.

Sang :

B.-W., négatif;
Urée, 0 g. 32.

Formule hémoleucocytaire :

Taux de l'hémoglobine, 40 p. 100;
Hématies, 2.160.000;
Leucocytes, 9.600 :

Polynucléés, 77 p. 100;
Lymphocytes, 16 p. 100;
Monocytes, 6 p. 100;
Eosinophiles, 1 p. 100.

On ponctionne l'abcès, et l'on en retire un pus verdâtre.

L'examen cytologique et bactériologique montre : Polynucléaires en voie de cytolyse; flore microbienne très abondante; cocci Gram positif et négatif; bacilles Gram négatifs; cocci Gram positif en chaînettes. Recherche du bacille de Koch négative.

Le 12 avril 1935, on incise l'abcès par une incision longitudinale. Le pus s'écoule en pus liquide, verdâtre. On en recueille pour examen.

L'exploration de la poche de l'abcès permet de se rendre compte qu'il communique avec la cavité abdominale, provenant probablement de l'estomac ou du foie. On draine avec une mèche, après avoir pratiqué une biopsie.

La biopsie, à l'examen, montre un épithélioma de l'estomac.

Le malade rentre chez lui, le 13 mai 1935, très fatigué.

CONCLUSIONS

I. — La périgastrite suppurée consécutive à un cancer de l'estomac est une complication rare; il s'agit, le plus souvent, d'une périgastrite antérieure.

II. — La perforation de l'estomac n'est pas nécessaire pour le développement de l'abcès; en général, l'abcès se développe primitivement.

III. — Cette complication hâte l'évolution du cancer. L'apparition de la fistule indique un dénouement fatal proche.

IV. — Le cancer précoce et la péritonite tuberculeuse peuvent prêter à confusion dans l'établissement du diagnostic ainsi que l'abcès sous-phrénique.

V. — Nécessité d'intervenir quand l'abcès est constitué pour éviter la fistule gastrique, chance bien minime d'ailleurs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 novembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Cancer de l'estomac, fistule ombilicale et abcès. *Médecine moderne*, 1894, p. 1231.

— Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer de l'estomac. *C. R. Soc. méd. des hôp.*, 26 juill. 1895, p. 618.

AUGER. — Cancer et fistule gastro-abdominale. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1875 p. 708.

AUSSOURD. — L'élévation de la température dans les cancers. Thèse Paris, 1882.

BALLUFF. — Une observation de périgastrite antérieure suppurée. *Mediz. corresp. Blatt des Wurtemberg Aertz Vereins*, 1er semestre 1854; analyse in *Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 281.

BERIEL et GARDÈRE. — Les lésions du muscle gastrique consécutives aux périgastrites. *Lyon chirurgical*, t. IX, n° 4, 1913, p. 378.

BERNUTZ. — De la perforation de la paroi abdominale antérieure. *Arch. gén. méd.*, 1850 p. 129 et 290.

BRÉCHOTEAU. — Phlegmon péri-ombilical et fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac. Thèse Paris 1896.

BRINTON. — *Brit. and Med. chir. Rev.*, janv. 1856, p. 175, et avril 1856, p. 479.

CASTEL (Jean). — Considérations sur la pathogénie des fistules ombilicales. Thèse Paris, 1884-1885.

CLIVIO MARIO. — Contribution à l'étude des fistules gastro-cutanées. *Ann. de la Faculté de méd. de Montevideo*, déc. 1917, p. 823.

Coote. — Une observation in Transactions of the pathol. Soc. of London, 1860.

Cruveilhier. — Anat. pathologique, t. II, p. 567.

Decressac (J.-E.). — Des périgastrites antérieures dans le cancer de l'estomac. Thèse Paris, 1924.

Delore. — Sur la périgastrite antérieure dans l'ulcère de l'estomac. Soc. de chir. de Lyon, 23 nov. 1922.

Delore et Mondan. — Tumeur de l'estomac avec périgastrite antérieure. *Lyon médical*, CXXXII, févr. 1923, n° 4, p. 148.

Derville. — Cancer du foie et de l'estomac. Abcès du foie. Phlegmon épigastrique. Fistule. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1884.

Ducheneau. — Cancer de l'estomac et abcès ombilical. *Lyon médical*, séance de mai 1888, p. 434.

Dudon. — Cancer de l'estomac. Perforation de la paroi abdominale et communication de l'estomac avec le côlon transverse. *Bordeaux médical*, 7 févr. 1875, n° 6, p. 41.

Dupouy. — De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac. Thèse Paris, 1897-1898.

Féréol. — De la perforation de la paroi abdominale. Thèse Paris, 1859.

Feulard. — Fistule ombilicale et cancer de l'estomac. *Arch. gén. de méd.*, août 1887, p. 158.

Fraentzel. — Cancer de l'estomac ouvert à l'extérieur. *Charite Annalen*, 1887, p. 312; analyse in *Rev. des sc. méd.*, 1888, p. 344.

Garcin. — De la fièvre dans le cancer de l'estomac. Thèse Lyon, 1892-1893.

Gauthier. — Des fistules gastro-cutanées. Thèse Paris, 1877.

Hanot. — Cancer et suppuration. *Presse médicale*, 1895.

Herard. — Des formes septiques des cancers de l'estomac. Thèse Paris, 1896.

Jaisson. — Les perforations du cancer de l'estomac. Thèse Paris, 1911.

Kopeloff (N.). — L'estomac est-il un foyer d'infection ? *The Amer. Journ. of the med. sc.*, janv. 1923.

LAMBL. — *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 230.

LEFLAIVE. — Fistule gastro-cutanée consécutive à un cancer de l'estomac. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1885.

MACÉ. — Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur. *Bull. de la Soc. d'anat.*, 1894. p. 309.

MISLOWITZER. — Fistules à l'ombilic par cancer gastrique. Thèse Berlin, 1889.

MONOD. — *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1877.

MOULONGUET et JONDEAU. — Cancer de l'estomac ouvert au niveau de l'ombilic. *Bull. de la Soc. d'anat.*, 27 avril 1888, p. 473.

MURCHISON. — Fistules gastro-cutanées. *Medic. Chir. Transaction*, 1858, t. 41, p. 12.

PATEL. — Cancer de l'estomac avec abcès périgastrique antérieur. *Lyon médical*, CX, 1908, p. 780.

PETIT. — Une observation in *Mém. Acad. des sc.*, 1716, p. 312.

PINCHART. — Etude clinique de la fièvre dans le cancer de l'estomac. Thèse Lille, 1905-1906.

RODET. — Une observation in *Mém. et C. R. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, t. III, 1863-1864, p. 168.

SAINT-MARTIN. — Abcès périgastrique et néoplasme. *Soc. d'anat. de Paris*, 26 oct. 1906.

SONYER DULAC. — *Lieutaud Anat. Medic.*, 1767, vol. II, p. 327.

STOKES. — Observation in *Lancet*, 28 janv. 1832, et *Arch. de méd.* 28e vol., p. 264.

TEISSIER. — Cancer de la paroi antérieure de l'estomac. *France médicale*, 11 sept. 1875, n° 73.

THOINOT et BROUARDEL. — Cancer de l'estomac, abcès de la paroi, *in* thèse Bréchoteau.

TOINON. — Complications infectieuses du cancer gastrique. Thèse Lyon, 1906-1907.

TOURNIER. — Une observation in *Lyon médical*, janv. 1897.

TUFFIER et DUJARRIER. — Périgastrite antérieure gangréneuse, suite de cancer gastrique. *Bull. Soc. anat.*, 14 janv. 1898.

Vallin. — De l'inflammation péri-ombilicale. *Arch. de méd.*, 1869.

Wencker. — Observation in *Haller. Disput. Chir.*, 1756, et *in* thèse Bréchoteau.

Zacchiri et Lemaire. — Cancer de l'estomac. Abcès juxta-stomacal. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1901, p. 95.

19.893. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.